ITEM 149 : ANGINES DE L'ENFANT

Seule la partie pédiatrique a été traitée ici. La partie « adulte » de l'item est traitée en ORL et en infectiologie.

ANGINE ÉRYTHÉMATEUSE OU ÉRYTHÉMATO-PULTACÉE

Angine = amygdalite = atteinte inflammatoire d'origine infectieuse de l'oropharynx touchant les amygdales.
Pharyngite : inflammation de l'oropharynx.

ÉPIDEMIO

- Pathologie fréquente, 9 millions/an en France, majoritairement bénigne.
- Rare avant 18 mois et chez l'adulte. **Pic d'incidence à 5-15 ans.**
- Nombreuses prescriptions d'antibiotiques (France = un des plus gros consommateurs européens d'antibiotiques).

PHYSIOPATHOLOGIE

Microbiologie

- **Angines virales** (majoritaires) : **adénovirus ++**, EBV, VIH (primo-infection), CMV, rhinovirus, coronavirus, VRS, Myxovirus influenzae et parainfluenzae.
- Angines bactériennes dues au **streptocoque A** (90 % des cas) : contamination par voie aérienne à partir d'un porteur sain (5 % de la population pour le SGA) ou malade.
→ Les angines bactériennes à SGA représentent **40** % des angines de l'enfant > 3 ans.
→ 100 % de sensibilité à l'Amoxicilline, rare résistance aux macrolides (3 % des souches).
- Autres bactéries potentiellement présentes dans la gorge, **sans rôle pathogène démontré** (= pas d'ATB) : H.Influenzae non-typable, H.parainfluenzae, Moraxella catarrhalis, pneumocoque, staphylocoque, anaérobies.

Pathogenèse

- Risque de complications loco-régionales suppuratives des infections bactériennes.
- Risque de complications générales :
  - Complications toxiniques : SGA toxinogène (scarlatine), diphtérie.
  - Complications immunologiques post-streptococciques.

CLINIQUE

- **Fièvre, odynophagie, adénopathies cervicales** sensibles**, douleur constrictive spontanée de l'oropharynx.**
- À l'examen de l'oropharynx : amygdales congestives +/- enduit blanchâtre détachable à l'abaisse-langue.
- Dans 50 % des cas : **toux, rhinorrhée, conjonctivite, enrouement** (origine plutôt virale).
- Autres symptômes possibles : douleurs abdominales, éruption, signes respiratoires (selon l'agent étiologique et l'âge).
- Évolution naturelle favorable des angines à SGA en **3-4 jours** (même en absence de traitement).

Origine virale

- Présentation épidémique, contage, survenue à tout âge.
- Début **progressif**, fièvre variable, odynophagie **modérée.**
- Amygdales érythémateuses +/- vésicules.
- Possible cortège d'allure virale associé : toux, rhinorrhée, myalgies, conjonctivite, éruption cutanée.

Angine à SGA

- Contage, âge 3-15 ans (peu commun < 3 ans). **Pic à 5 ans.**
- Début **brutal**, **fièvre et odynophagie importants.**
- Érythème pharyngé et **purpura du voile**, adénopathies sensibles.
- Possibles **douleurs abdominales** et vomissements.

Score de Mac Isaac

Fièvre > 38 °C	1 point
Présence d'un exsudat ou augmentation du volume amygdalien	1 point
Adénopathies cervicales douloureuses	1 point
Absence de toux	1 point
Âge > 45 ans	- 1 point

TDR à réaliser chez l'adulte uniquement si score ≥ 2.
→ **NON VALIDE CHEZ L'ENFANT** : TDR systématique si angine > 3 ans.

PC

Test de diagnostic rapide (TDR)

- À réaliser devant une **angine érythémateuse ou érythémato-pultacée entre 3 et 15 ans** (Sp 95 %, Se entre 80-98 %), *et chez l'adulte si* ***score de Mac Isaac ≥ 2.***
- Non réalisé chez l'enfant de moins de 3 ans (angine rare, principalement virale).
- Gratuit sur demande à l'Assurance maladie.

Étapes du TDR :

1. Prélèvement : écouvillonnage direct des amygdales ou du pharynx par le médecin en consultation.
2. Mise en contact du produit avec les réactifs.
3. Immersion du test.
4. Lecture du test en 5 minutes (mise en évidence des antigènes de paroi polysaccharide C de *Streptococcus pyogenes*).

→ **Si positif : antibiothérapie.**

Autres

- **Culture rarement réalisée** (Se et Sp entre 90-95 %, résultat en 1-2 jours), indiquée ≥ 3 ans si **échec thérapeutique à 72 heures d'évolution ou en cas de contexte à risque avec TDR négatif** :
  - ATCD personnel de rhumatisme articulaire aigu (RAA).
  - Âge entre 5-25 ans + ATCD d'épisodes multiples d'angines à SGA ou notion de séjour en région d'endémie de RAA.

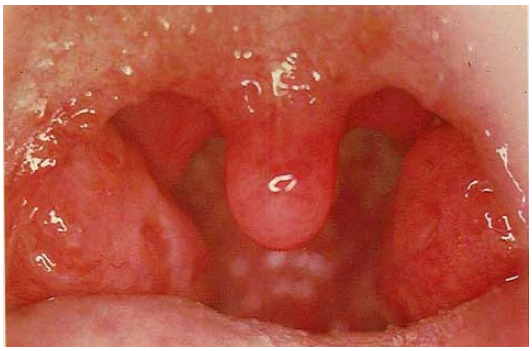
		- **MNI-test** (voire sérologie EBV) si suspicion de mononucléose infectieuse. - **Sérologie VIH** si suspicion de primo-infection VIH (TDR négatif et facteurs de risque).
PEC	- Prise en charge ambulatoire (hospitalisations rares, seulement si complications grave). - Avis spécialisé ORL si complications locorégionales (rares). - Si **angine à SGA ou scarlatine = éviction de collectivité** jusqu'à 48 h d'antibiothérapie.	
	ATB	- Indication : Angine avec **TDR positif** (≥ 3 ans). *Si négatif = angine considérée virale, pas de contrôle par culture sauf si haut risque de RAA.* - Buts de l'antibiothérapie : • Diminuer la **durée des symptômes.** • Prévenir les **complications post-streptococciques** non suppuratives (RAA mais pas la GNA) et réduire le risque de suppuration locorégionale. • Diminuer la fréquence et la durée du portage donc de la **contagiosité.** - Modalités de l'antibiothérapie : • 1re int° chez l'enfant ≥ 3 ans : **amoxicilline 50 mg/kg/24 h** (max 2 g/j) en 2 prises pendant 6 jours. • Si allergie aux pénicillines : céphalosporine (céfuroxime-axétil pendant 4 jours, cefpodoxime-proxétil pendant 5 jours). • Si contre-indication aux bêta-lactamines **:** **macrolide** (azithromycine pendant 3 jours, clarithromycine pendant 5 jours).
	TTT symptomatique	= Seul traitement si < 3 ans ou TDR négatif. **Traitement antalgique** : paracétamol (AINS et corticoïdes non recommandés).
	Suivi	- Guérison en quelques jours : apyrexie, régression de la douleur. Si symptômes persistants > 72 h = nouveau prélèvement (TDR/**culture pharyngée** avec antibiogramme). - Causes d'échec d'antibiothérapie : mauvaise observance, interférence bactérienne (destruction de l'Amoxicilline par des bêtalactamases de la flore pharyngée p.ex), réinfection via l'entourage. - **Suspicion de complication** : fièvre > 3 jours (ou récidive), symptômes persistants > 10 j, gêne respiratoire, conjonctivite purulente, œdème palpébral, éruption cutanée, troubles digestifs.
COMPLICATIONS LOCOREGIONALES	**Phlegmon périamygdalien**	- Suppuration localisée entre l'amygdale et sa loge, faisant souvent suite à une angine évoluant depuis plusieurs jours (mais inaugural dans 10 % des cas). **- Trismus**, **élargissement du pilier antérieur du côté atteint**, masquant presque complètement l'amygdale, œdème de la luette qui est refoulée du côté opposé, adénopathies cervicales satellites. - Fièvre élevée, odynophagie majeure à prédominance unilatérale, otalgie réflexe, voix modifiée de « patate chaude », hypersalivation. - Phlegmon antérieur : bombement prédominant au pôle supérieur du pilier antérieur. - Phlegmon postérieur (+ rare) : pilier postérieur en bourrelet vertical blanchâtre, œdématié (souvent sans trismus).
	Infections rétropharyngées et rétrostyliennes	- Plus souvent chez l'enfant (régression des ganglions rétropharyngés et rétrostyliens vers 7 ans). - Contexte de rhinopharyngites (fièvre, rhinorrhée, odynophagie, toux) > angines. - Âge < 7 ans. - **Torticolis** (difficulté d'extension céphalique), **dyspnée**, sialorrhée, tuméfaction latérocervicale haute mal limitée. - À l'abaisse-langue : tuméfaction médiane (adénite rétropharyngée) ou latérale rétroamygdalienne (adénite rétrostylienne) de la paroi pharyngée.
	Autres	- **Abcès parapharyngé** : collection purulente d'une des adénopathies cervicales périphériques de l'angine : douleurs cervicales puis **torticolis fébrile** et AEG. **- Infections préstyliennes** (plutôt chez l'ado/adulte avec comorbidités, foyer dentaire > angine) : **torticolis**, **trismus**, sialorrhée, tuméfaction latérocervicale haute parotidienne et sous-mandibulaire. - **Cellulite cervicale** (= fasciite nécrosante) : placard inflammatoire cervical extensif (stade présuppuratif) avec abcédation secondaire (stade suppuratif ou collecté) +/- crépitants sous-cutanés.
COMPLICATIONS GENERALES	**Syndromes post-streptococciques**	**Rares ++ en France.** **- Glomérulonéphrite aiguë post-streptococcique :** 10-20 j après l'angine. **Rhumatisme articulaire aigu** : 15-20 jours après l'angine : atteinte polyarticulaire brutale ou atteinte cardiaque modérée insidieuse (insuffisance cardiaque, atteinte valvulaire). - Autres : **éruptions cutanées** (érythème marginé/érythème noueux), atteinte **neurologique** (chorée de Sydenham).
	Autres	**- Choc toxinique streptococcique** : traitement par Amox + Clindamycine (antitoxinique).

		- Contamination d'un sujet à risque (varicelle) : antibioprophylaxie pour les cas contact à risque ! - Septicémie, localisations secondaires variées : pleuropneumonies, fasciite nécrosante. - **Récidives multiples/compliquées** : possible amygdalectomie (indications réduites).

AUTRES FORMES CLINIQUES D'ANGINE

ANGINE PSEUDO-MEMBRANEUSE	**Clinique**		- Hypertrophie des amygdales inflammatoires + **fausses membranes confluentes épaisses, nacrées ou grisâtres, extensives.**
	Étiologies	**Mononucléose (EBV)**	- Plus **fréquent** que la diphtérie. - Adolescent/adulte jeune, transmission par la salive, incubation 4-6 semaines. - Asthénie, fièvre pendant 10-15 jours. - Fausses membranes **non adhérentes**, en regard des amygdales et **respectant la luette.** - Purpura du voile du palais, splénomégalie (50 %), exanthème maculeux ou maculo-papuleux (10 %, surtout si amoxicilline ≠ allergie), polyadénopathie. - Évolution généralement bénigne (mais asthénie persistante plusieurs semaines). - Complications de la mononucléose infectieuse : anémie hémolytique, purpura thrombopénique, atteinte neurologique, rupture de rate.
		Diphtérie (Corynébactérie du complexe *diphteriae*)	- Exceptionnelle, bacille gram positif, Incubation < 7 jours. - Notion de voyage en Europe de l'est ou dans les pays en développement, absence d'immunité vaccinale. - Malaise, fièvre modérée, signes d'imprégnation toxinique (pâleur, tachycardie). - Fausses membranes extensives, **adhérentes**, débordant les amygdales, **envahissant la luette et le pharynx postérieur.** - Coryza (jetage nasal) unilatéral. - Adénopathies satellites sous-angulo-maxillaires.
	Paraclinique	**Mononucléose**	- **Hémogramme avec plaquettes et frottis sanguin** : syndrome mononucléosique avec mononucléose hyperbasophile. - **Cytolyse hépatique modérée.** - **MNI-test positif** (peu sensible chez l'enfant). -Si MNI-test négatif : **sérologie avec IgM anti-VCA positif sans anticorps anti-EBNA** (Se et Sp mais coûteux).
		Diphtérie	- Hémogramme : **hyperleucocytose à PNN.** - Prélèvement de gorge : **corynébactéries** (BGP) à l'ED/culture. - PCR : **gène de la toxine.**
	Prise en charge		- Mononucléose infectieuse : **antalgiques et antipyrétiques.** - Forme grave/compliquée : hospitalisation et **corticothérapie** après avis spécialisé. - Diphtérie : déclaration obligatoire à l'ARS si diphtérie avec précautions complémentaires gouttelettes et éviction de la collectivité.
ANGINE VESICULEUSE	**Clinique**		- **Vésicules** pharyngées +/- amygdaliennes (= herpangine). - Rupture rapide des vésicules pour laisser place à des **érosions** recouvertes d'un enduit jaunâtre et entourées d'un halo inflammatoire. - Touche surtout l'enfant, très douloureuse (odynophagie intense + fièvre) : risque de dénutrition/ déshydratation chez le jeune enfant. - Pas d'examen complémentaire, **guérison spontanée.**
	Étiologies		**Toujours virales** : **- Primo-infection à HSV (type 1 ++)** : enfant de 1-4 an, gingivostomatite aiguë, ulcérations avec dysphagie majeure et adénopathies sous-angulo-maxillaires. - **Infection à entérovirus** (++ **Coxsackie A**, ou échovirus) : enfant de 1-7 ans, épidémies estivales, **tableau d'herpangine** +/- vésicules pharyngées et des extrémités **(syndrome pied-main-bouche) :** guérison rapide en 2-4 jours. Rare **zona du IX** : angine vésiculeuse unilatérale, douleurs importantes.
	PEC		**TTT symptomatique** : soins de bouche, antalgiques/anti-pyrétiques, réhydratation.

ANGINE ULCEREUSE ET ULCERO-NECROTIQUE	**Clinique**		- **Unilatérale avec odynophagie unilatérale.** - **Ulcération amygdalienne** (possible extension au voile du palais ou à la partie postérieure du pharynx)**, fièvre, adénopathies cervicales.** - Évolution dépendant de l'étiologie infectieuse ou tumorale.
	Étiologies	**Angine de Vincent +++**	- Mauvais état dentaire. - Association fuso-spirillaire : *Fusobacterium* (anaérobie) et *Borrelia* (spirochète). - Fièvre modérée, haleine fétide, odynophagie latéralisée, ulcération **douloureuse** unilatérale **profonde**, souple au toucher, recouverte de membranes grisâtres **non adhérentes**, adénopathie satellite. - Évolution bénigne en 8-10 jours dans la plupart des cas.
		Agranulocytose, hémopathie	- Tout âge, +/- imputabilité d'un médicament. - Association à un syndrome d'insuffisance médullaire ou syndrome de masse (douleurs osseuses, hépatosplénomégalie, adénopathies). - Ulcération bilatérale lors d'une agranulocytose, unilatérale lors d'un cancer. À évoquer systématiquement devant un tableau d'angine ulcéro-nécrotique **traînante**, rebelle au traitement antibiotique, avec **AEG.**
	Paraclinique		- Prélèvement avec examen direct (recherche de l'association fuso-spirillaire). - NFS avec plaquettes (recherche d'une hémopathie). - Sérologie syphilis. - Sérologie VIH systématiquement proposée.
	Prise en charge		- Angine de Vincent : **antibiothérapie** (amoxicilline, métronidazole si allergie) **+ suivi bucco-dentaire** (avec panoramique dentaire). - Chancre syphilitique : **antibiothérapie** (benzathine pénicilline G 2,4 MU en injection unique) **+ éducation à la prévention des IST.** - Autres traitements selon les causes identifiées.



Angine érythémateuse

Angine vésiculeuse

Angine érythémato-pultacée